

ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНСУЛЬТ

Ситнова Марина Андреевна^{1,2}, Есин Радий Германович^{2,3}

¹Госпиталь для ветеранов войн, Казань, Россия;

²Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань, Россия;

³Казанская государственная медицинская академия, Казань, Россия,

marinotchka@mail.ru

Обследованы 210 пациентов, перенесших церебральный полушарный инсульт: 134 пациента в раннем восстановительном периоде (РВП), 76 - в позднем восстановительном периоде (ПВП). Обследование включало: МРТ головного мозга, неврологический осмотр, диагностику порогов боли и порогов переносимости боли, использование опросников головной боли, Торонтскую шкалу алекситимии. Критерии исключения: инсульт в вертебро-базиллярном бассейне, речевые нарушения, препятствующие качественному общению с пациентом.

В соответствии с Международной классификацией головных болей – III (бета-версия) головная боль напряжения диагностирована у 57,0% пациентов с жалобами на головную боль; постинсультная головная боль, ассоциированная с гипертоническим кризом без гипертонической энцефалопатии - у 24,7%; не классифицируемая ГБ - у 16,1% . У 2 пациентов диагностирована головная боль, соответствующая критериям кластерной головной боли. При постинсультной головной боли фармакотерапия оказала следующий эффект: инфузии лидокаина – в РВП у 11,4%, в ПВП – у 14,3% нестероидные противовоспалительные препараты – в РВП у 28,2%, в ПВП – у 11,5%, препараты центрального действия (тизанидин замедленного высвобождения, трициклические антидепрессанты и антиконвульсанты) – в РВП у 19,1% , в ПВП – у 22,6%.

С течением времени после инсульта снижается эффективность препаратов «периферического» действия (нестероидные противовоспалительные) и повышается эффективность препаратов «центрального» действия, что свидетельствует о формировании патологической алгической системы и возрастании роли механизмов центральной сенситизации ноцицептивных нейронов. Практический вывод из полученных данных таков, что в ПВП следует подбирать препарат и/или комбинацию препаратов в пределах разрешенных сочетаний из группы средств центрального действия (антидепрессанты, антиконвульсанты, «миорелаксанты»). Необходимо тестирование пациентов на наличия алекситимии, так как наличие алекситимии коррелирует с меньшим эффектом фармакотерапии, более ранним дебютом боли, что может свидетельствовать о важности учета функционального разобщения полушарий (алекситимия) как фактора, ухудшающего медицинский прогноз пациента.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта 17-04-00575-ОГН/18.